Motiv aus dem Spot „Kein Täter werden“

ZUR BEHANDLUNG PÄDOPHILER UND HEBEPHILER MÄNNER IM PRÄVENTIONSNETZWERK „KEIN TÄTER WERDEN“

Vorbeugung sexuellen Kindesmissbrauchs

Anstrengungen zur Vorbeugung sexuellen Kindesmissbrauchs wenden sich vorrangig an mögliche Opfer und deren Umfeld. Das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ bietet an allen Standorten die Möglichkeit, mit präventiver Therapie, die potenzielle oder unerkannte tatsächliche Täter einbezieht, Kindesmissbrauch sowie den Konsum von Missbrauchsabbildungen zu verhindern.

Autoren:
Jens Wagner, Laura F. Kuhle, Dorit Grundmann, Anna Konrad, Klaus M. Beier,

Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“
Charité – Universitätsmedizin Berlin, CC01 – Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin

Sexueller Kindesmissbrauch im Dunkelfeld

Sexueller Kindesmissbrauch sowie die sexuelle Ausbeutung von Kindern durch Herunterladen, Sammeln und/oder Verbreiten von Missbrauchsabbildungen (oft verharmlosend als Kinderpornografie bezeichnet) und dessen Konsum sind eine große Herausforderung für die Gesellschaft sowie insbesondere für die Justiz und das Gesundheitssystem. Der ersten repräsentativen Umfrage in der deutschen Allgemeinbevölkerung zufolge wurden 8,6 Prozent der Mädchen und 2,8 Prozent der Jungen im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Übergriffe mit direktem Körperkontakt durch erwachsene Täter[1]. Neuere, ebenfalls repräsentative Untersuchungen in Deutschland ergaben einerseits niedrigere,[2] andererseits aber auch höhere Prävalenzraten,[3] wobei es einen Zusammenhang mit der Altersverteilung der untersuchten Stichprobe gibt – je mehr ältere Menschen einbezogen werden, umso höher war die Häufigkeit. So ist offensichtlich davon auszugehen, dass die Opfer sexueller Traumatisierungen, die oft lebenslang unter den Folgen leiden, meist keine Strafanzeige erstatten und das Erlebte zum Teil erst sehr spät anderen Menschen anvertrauen. Insofern bilden jene Fälle, die der Justiz bekannt werden und im sogenannten Hellfeld erscheinen, nur einen Teil der Problematik ab. Auch Konsum, Besitz und Verbreitung von fotografischen oder filmischen Darstellungen sexuellen Kindesmissbrauchs oder der expliziten Darstellungen der unbekleideten Genitalien von Kindern bleiben in den meisten Fällen unentdeckt und finden damit im (juristischen) Dunkelfeld statt.

Sexuelle Präferenzstörungen (Pädophilie/Hebephilie)

Die sexuelle Präferenzstruktur des Menschen manifestiert sich im Jugendalter im Laufe der individuellen psychosexuellen Entwicklung. Nach aktuellem sexualwissenschaftlichen Kenntnisstand ist von einer weitgehend lebenslangen Stabilität dieser Struktur auszugehen.[4] So auch für die sexuellen Präferenzstörungen der Pädophilie bzw. Hebephilie (siehe Tabelle 1). Mit Pädophilie ist die sexuelle Ansprechbarkeit (i. e. Präferenz) für das kindliche Körperschema gemeint, mit Hebephilie entsprechend die sexuelle Ansprechbarkeit für das frühe jugendliche Körpersche-

	ICD-10/DSM-IV-TR	Sexuelle Ansprechbarkeit für:	
Pädophilie	F65.4 / 302.2	den kindlichen (vorpubertären) Körper	Die sexuelle Präferenz geht einher mit sexuellen Fantasien, Wünschen und Verhaltensimpulsen, bezogen auf den gewünschten Sexualpartner.
Hebephilie	302.9 (NOS)	den jugendlichen (frühpubertären) Körper	
Teleiophilie	–	den erwachsenen (postpubertären) Körper	

Tabelle 1. Mögliche Ausrichtungen sexueller Präferenz bezogen auf das Körperschema. WHO, 2007; APA, 2000

ma. Beide Präferenzausrichtungen gibt es in zwei Unterformen: Als ausschließliche und als nicht ausschließliche Ansprechbarkeit auf den kindlichen bzw. jugendlichen Körper, d. h. ohne bzw. mit einer zusätzlichen sexuellen Ansprechbarkeit auf den erwachsenen Körper (Teleiophilie). Eine Pädophilie wird fast nur bei Männern diagnostiziert. Die Prävalenz pädophiler bzw. hebephiler Neigung in der männlichen Gesamtbevölkerung ist unbekannt, liegt aber schätzungsweise zwischen 1 bis 5 Prozent.[5] Über die Häufigkeit einer pädophilen Präferenz bei Frauen gibt es derzeit keine gesicherten Erkenntnisse. In einigen wenigen Veröffentlichungen zu diesem Thema wird aber davon ausgegangen, dass es sich um Einzelfälle handelt.[6]

Sexueller Kindesmissbrauch und Pädophilie

Den vorliegenden Daten zufolge gibt es zwei Gruppen von Tätern, die sexuellen Missbrauch von Kindern begehen: Diejenigen, die eine sexuelle Präferenzstörung aufweisen (Pädophilie oder Hebephilie) und diejenigen, die gemäß ihrer sexuellen Präferenzstruktur ausschließlich auf das erwachsene Körperschema ausgerichtet sind und aus unterschiedlichen Gründen sogenannte „Ersatzhandlungen“ begehen, beispielsweise aufgrund einer Persönlichkeitsstörung. In Studien an Stichproben verurteilter Sexualstraftäter fehlt meist diese wichtige Differenzierung, und wenn sie vorgenommen wird, variiert die Methodik zur Feststellung der Präferenzstörung, was unterschiedliche Angaben zum Anteil pädophilmotivierter sexueller Missbräuche von Kindern erklärt. Von besonderer Bedeutung sind daher Studien mit großen Stichproben, welche auf der Grundlage phallometrischer Messungen die diagnostische Einschätzung vornehmen. Gemäß diesen Studien lag der Anteil pädophilmotivierter Missbrauchstäter zwischen 40 und 50 Prozent der untersuchten Stichproben, die verbleibenden 50 bis 60 Prozent sind Ersatzhandlungen.[7] Durch Studien, in denen Täter von sexuellem Kindesmissbrauch daraufhin untersucht wurden, ob sie entsprechend der Kriterien des DSM-IV die Diagnose Pädophilie erhalten würden, stellte sich heraus, dass 12 bis 20 Prozent der verurteilten Sexualstraftäter als pädophil angesehen werden können.[8] Angaben zu dem Anteil pädophilmotivierter sexueller Kindesmissbräuche an der Gesamtzahl der justiziell unentdeckten Missbrauchstaten sind unbekannt.

Wichtig ist die Differenzierung zwischen Neigung und Verhalten, also sexueller Präferenzstörung und sexuellem Kindesmissbrauch, wie sie in Abbildung 1 schematisch dargestellt ist. Diese dient dabei nur der konzeptuellen Veranschaulichung und gibt nicht die tatsächlichen Größenverhältnisse wieder.

Die Bedeutung dieser differentialdiagnostischen Unterscheidung liegt darin, dass Männer mit pädophiler Neigung ein höheres Risiko für erstmalige und wiederholte sexuelle Übergriffe aufweisen und deshalb einer speziellen therapeutischen Versorgung bedürfen: Bei einer nicht-ausschließlichen Pädophilie werden 50 Prozent der Täter rückfällig, bei einer ausschließlichen Pädophilie 80 Prozent, bei Ersatzhandlungen je nach Hintergrundproblematik zwischen 10 und 30 Prozent.[9]

Das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ – präventive Therapie leistet aktiven Beitrag zum Kinderschutz

Das 2005 vom Berliner Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité ins Leben gerufene „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ (PPD) ist mittlerweile auch in Kiel (seit 2009), Regensburg (2010), Leipzig (2011), Hannover (2012), Hamburg (2012), Stralsund (2013) und Gießen (2013) vertreten. 2014 werden mindestens noch neue Standorte in Düsseldorf und Ulm eröffnen. Die Standorte haben sich 2010 im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ zusammengeschlossen, das sich gemeinsamen Qualitätsstandards verpflichtet hat und von Berlin aus koordiniert wird. Das therapeutische Angebot wird an allen Standorten von den Betroffenen in Anspruch genommen. Im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ haben sich bis Oktober 2013 weit über 3.200 hilfesuchende Personen gemeldet. Dessen Angebot wendet sich gezielt an die Gruppe potenzieller Täter und realer Dunkelfeld-Täter mit pädophiler oder hebephiler Neigung. Ziel des Präventionsnetzwerks ist es, durch präventive Therapie einen aktiven Beitrag zum Kinderschutz zu

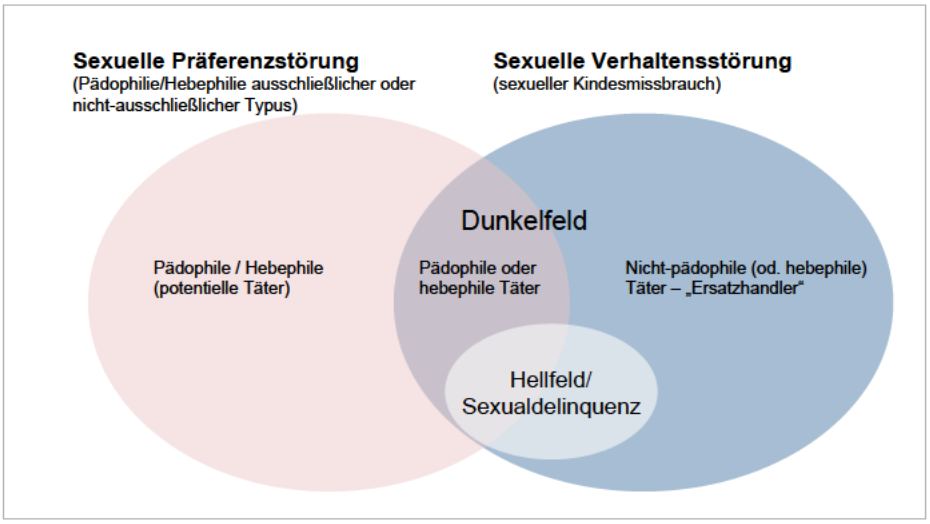

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen sexueller Präferenz (Pädophilie und Hebephilie) und sexuellem Kindesmissbrauch.

leisten. Die Betroffenen werden therapeutisch in ihrem Bestreben unterstützt, keinen erstmaligen oder wiederholten sexuellen Kindesmissbrauch zu begehen und keine Missbrauchsabbildungen zu konsumieren.

Aus der klinischen Arbeit im Indikationsgebiet ist bekannt, dass Betroffene große Angst vor sozialer Ausgrenzung haben. Darum ist eine wertfreie Haltung gegenüber der Präferenzausrichtung eine entscheidende Voraussetzung für die therapeutische Arbeit im Präventionsprojekt. Dies steht nicht im Widerspruch dazu, dass die Therapeuten bezüglich möglicher Verhaltensstörungen (wie sexuellen Übergriffen oder dem Konsum von Missbrauchsabbildungen) eine unmissverständliche Ablehnung vermitteln. Eine solche klare Positionierung des Therapeuten im Sinne einer Akzeptanz der sexuellen Präferenz an sich und einer ablehnenden Haltung gegenüber sexuell missbrauchendem Verhalten kann den Patienten dabei unterstützen, die eigene sexuelle Präferenzstruktur ins Selbstbild zu integrieren. Diese Haltung bestimmt die Diagnostik und auch die therapeutischen Interventionen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting. In der diagnostischen Phase werden neben der Abklärung der Präferenzstörung die Einschlusskriterien für die Aufnahme in das Therapieprogramm geprüft, wobei insbesondere wichtig ist, dass die Betroffenen nicht justizbekannt sind bzw. sich nicht aufgrund einer Auflage der Justiz melden, sofern sie bereits Übergriffe begangen oder Missbrauchsabbildungen konsumiert haben.

Therapeutische Versorgung im Präventionsnetzwerk – Sicherstellung der Verhaltenskontrolle

Die Therapie im Netzwerk „Kein Täter werden“ ruht als Ausdruck einer biopsychosozial fundierten Behandlung auf drei Säulen: sexualmedizinisch-fundierte Grundhaltung bezüglich sexueller Präferenzstörungen und speziell der Pädophilie, kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiemethoden sowie Pharmakotherapie.

Das Behandlungskonzept ist über ein Manual definiert, das formal als Richtlinie bezüglich der Behandlungsinhalte, -prozesse und -ziele dient. Primärer Endpunkt ist die Sicherstellung der Verhaltenskontrolle. Der multimodale Ansatz unterstützt die Betroffenen dabei, ihre sexuelle

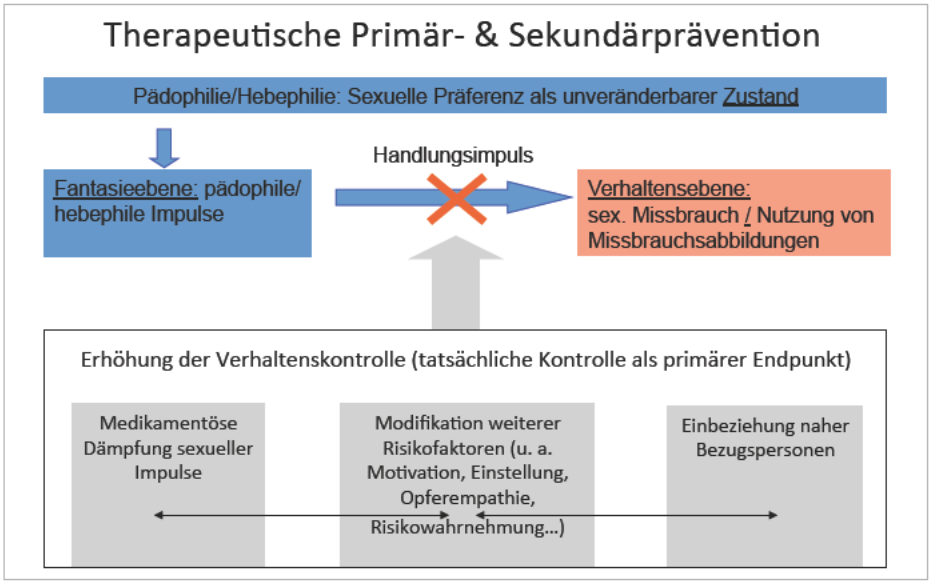

Abbildung 2: Sexualmedizinisches Interventionsmodell zur Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs und des Konsums von Missbrauchsabbildungen im Projekt „Kein Täter werden“

Präferenz zu akzeptieren und in ihr Selbstkonzept zu integrieren. Einstellungsänderungen, verbesserte Perspektivenübernahme, Emotions- und Stressbewältigung sowie Konfliktbewältigung in Beziehungen ermöglichen darüber hinaus die Stärkung der Selbstregulationskompetenz der Betroffenen. Diese Faktoren bilden zudem die Grundlage für eine mögliche Einnahme von triebdämpfenden Medikamenten, die von ca. einem Fünftel der Projektteilnehmer in Anspruch genommen wird. Eine pharmakotherapeutische Intervention führt zu einer Reduktion der gedanklichen Beschäftigung mit sexuellen Inhalten, einer Abnahme der Masturbationsfrequenz und sexuell motivierter Kontaktsuche. Gemeinsam mit der Einbeziehung naher Bezugspersonen wirken die genannten therapeutischen Prozesse modulierend auf das sexuelle Erleben, so dass über eine Verknüpfung dieser Behandlungsansätze sichergestellt werden kann, dass die aus der Sexualpräferenz resultierenden sexuellen Impulse auf der Phantasieebene belassen werden und deren Übergang auf eine Verhaltens- bzw. Interaktionsebene unterbunden bleibt (bei potenziellen Tätern) bzw. zukünftig verhindert wird (bei realen Dunkelfeldtätern).

Rund 1.900 Männer aus dem gesamten Bundesgebiet haben sich zwischen 2005 und Oktober 2013 allein am Berliner Standort des Projektes gemeldet. Fast 800 Personen (792) reisten zur Diagnostik nach Berlin, rund 400 von ihnen konnte ein Therapieangebot gemacht werden. Insgesamt haben seitdem über 177 Männer die Therapie begonnen und mehr als 92 erfolgreich abgeschlossen. 34 Projektteilnehmer befinden sich derzeit am Standort Berlin in Therapie, 14 Teilnehmer besuchen die Nachsorgegruppe.

Fallvignette A – Pädophil motivierter Konsument von Missbrauchsabbildungen:

Der 43-jährige Angestellte des öffentlichen Dienstes, K., stellt sich im Rahmen des Präventionsprojektes Dunkelfeld vor, weil seine Ehefrau „Bilder von nackten Mädchen“ auf seinem Computer gefunden und ihn damit konfrontiert habe. Während des Erstkontaktes berichtet er von „nächtelangen Kinderpornografie-Sessions“, die es ihm zunehmend erschweren würden, seiner Arbeit nachzugehen, weil er durch den fehlenden Schlaf erschöpft sei und sich kaum noch konzentrieren könne. Es habe immer wieder Phasen gegeben, in denen er alle Dateien gelöscht habe und für einige Wochen ohne die Suche nach Bildern ausgekommen sei, aber irgendwann sei er letztlich doch wieder rückfällig geworden.

K. berichtet von einer „normalen Kindheit in einer Kleinstadt“, wo er mit seinen drei älteren Geschwistern aufgewachsen sei. Seine Eltern hätten ein klassisches Rollenmodell gelebt. Sein Vater habe als leitender Angestellter in einem mittelständischen Unternehmen viel gearbeitet und

sei eigentlich nur an den Wochenenden zu Hause und häufig müde gewesen. Seine Mutter, eine gelernte Arzthelferin, habe sich nach der Geburt der Kinder aus dem Berufsleben zurückgezogen und sich um die Familie und den Haushalt gekümmert. Hinsichtlich Sexualität und Körperlichkeit sei es bei ihm zu Hause eher verklemmt gewesen, es sei nie über dieses Thema gesprochen worden. Aufgeklärt worden sei er eigentlich durch seinen 5 Jahre älteren Bruder. Im Alter von 7 Jahren sei es in der Schule zu einer „ersten Liebelei“ mit Claudia gekommen. Sie hätten sich Briefchen geschrieben, Händchen gehalten und sich geküsst. Diese sei für ihn der Inbegriff von „Unschuldigkeit und Reinheit“ gewesen, und er glaube, „da hängen geblieben zu sein“. Claudia sei dann mit ihren Eltern in eine andere Stadt gezogen. Obwohl er es selbst als „Unsinn“ bezeichne, frage er sich bis heute, was aus ihnen hätte werden können. In der Pubertät habe er angefangen, sich regelmäßig selbst zu befriedigen, was er bereits damals als „Ventil“ für sich entdeckt habe, mit unangenehmen Spannungszuständen umzugehen. Damals habe er Pornohefte genutzt, die im Freundeskreis kursierten. Er könne sich nicht erinnern, was genau ihn daran angesprochen habe, vermutlich habe es gereicht, dass dort nackte Frauen abgebildet waren. Zwischen dem 17. und 21. Lebensjahr habe er einige sexuelle Begegnungen mit gleichaltrigen Freundinnen gehabt, allerdings habe er sich auf keine richtig einlassen können, bis er im Alter von 22 seine heutige Frau, die vier Jahre jüngere Annette, kennengelernt habe, die ihm aufgrund ihres „unbeschwerten Gemüts“ sofort gefallen habe. Nach 2 Jahren seien sie zusammengezogen und hätten kurz darauf geheiratet. Als K. 26 Jahre alt war, wurde der gemeinsame Sohn geboren. Er könne sich daran erinnern, dass er damals erleichtert war, dass es keine Tochter geworden ist. Jedoch habe er dieser Erleichterung nicht weiter Beachtung geschenkt. Bis zur Geburt des Sohnes habe seine Frau für eine Bekleidungsfirma gearbeitet und häufig Kataloge mit nach Hause gebracht, in denen auch Mädchen in Unterwäsche abgebildet waren. Nach der Geburt seines Sohnes habe er erstmalig zu diesen Bildern masturbiert. Er sei darüber erschrocken gewesen, habe die Erregung aber zunächst auf die nach der Geburt des Sohnes eingeschlafene sexuelle Beziehung zu seiner Frau geschoben. Es sei dann jedoch „schleichend immer häufiger“ gewesen, bis er irgendwann angefangen habe, im Internet nach leicht bekleideten oder nackten Mädchen im Alter von 7 bis 9 Jahren zu suchen. Der Wunsch, „das perfekte Mädchen“ zu finden, sei dann „wie eine Sucht“ gewesen. Er habe immer mehr Bilder gespeichert, sich auch in Foren angemeldet, um Zugriff zu mehr Material zu haben. Im letzten Urlaub mit seiner Nichte sei es außerdem zu einer Situation gekommen, die ihn erschrocken habe: Beim Toben im Pool habe er plötzlich bemerkt, dass er sexuell erregt werde, woraufhin er die Situation sofort verlassen und sich den Rest des Urlaubs deutlich zurückgezogen habe. Er wisse, dass er ihr nie etwas tun würde, aber seine Erregung habe ihn bestürzt. Er habe sich damals Hilfe suchen wollen, aber nicht gewusst, wohin er sich wenden sollte. Er sei fast froh, dass seine Frau die Bilder gefunden habe, denn alleine wisse er nicht mehr weiter.

Nach ausführlicher Sexualanamnese und Diagnostik konnte für K. die Diagnose einer nichtausschließlichen Pädophilie gestellt werden. Die Schwerpunkte der Behandlung lagen auf der Förderung der Akzeptanz dieser Präferenz und ihrer Integration in das Selbstkonzept sowie der Entwicklung eines Risikomodells für den Konsum von Missbrauchsabbildungen. Während K. zu Beginn der Therapie erzählte, dass er wieder Missbrauchsabbildungen gesucht habe, was „einfach passiert sei, er habe nur seine Mails checken wollen“, konnte er die Hintergründe und inneren Vorgänge, die zu diesem Verhalten führten, zunehmend hinterfragen und verstehen. Besonders der bereits seit seiner Jugend bestehenden Strategie, bei negativen Spannungszuständen zu masturbieren, um sich Erleichterung zu verschaffen, wurde dabei Beachtung geschenkt. K. konnte zunehmend erkennen, dass ihm dies nur kurzfristig Erleichterung verschaffte, er langfristig jedoch starke Scham- und Schuldgefühle entwickelte und nicht an den eigentlichen Problemen arbeitete. Er wurde dabei unterstützt, funktionalere Alternativen für den Umgang mit negativen Gefühlen aufzubauen, wozu auch die Einbeziehung der Ehefrau im Rahmen einer begleitenden Paarberatung gehörte, da es mit dieser zu vielen Konflikten und gegenseitigen Verletzungen kam.

Fallvignette B – Pädophil motivierter potenzieller Missbrauchstäter (Präferenztäter) und Konsument von Missbrauchsabbildungen:

Patient A., 36 Jahre, Pädophilie, ausschließlicher Typus, orientiert auf Mädchen, Teilnahme an der Gruppentherapie im Rahmen des Präventionsprojektes Dunkelfeld entsprechend dem sexualmedizinischen Interventionsmodell, anschließend in Nachsorgegruppe integriert, erhält seit 3 Jahren Cyproteronacetat (CPA), im ersten Jahr 600 mg alle 14 Tage intramuskulär, danach 300 mg alle 14 Tage intramuskulär.

A. ist als zweitjüngstes von 3 Geschwistern in behüteten familiären Verhältnissen aufgewachsen. Seine Kindheit sei „eher gut gewesen“, er habe aber immer Probleme gehabt, „Menschen an sich ranzulassen“. Es bestand kaum Kontakt zu Gleichaltrigen. Nach dem Abitur begann er ein weit über die Regelstudienzeit hinausreichendes Jurastudium, hatte das Referendariat mit Unterbrechungen absolviert und war danach erfolglos auf Arbeitssuche. Er fühlte sich durch eine starke Kurzsichtigkeit „behindert und ausgegrenzt“.

Im Jugend- und Erwachsenenalter hatte er keine über Kuss- und Pettingkontakte hinausgehenden sexuellen Erfahrungen mit weiblichen Jugendlichen/Frauen gesammelt. Er glaubte, dass dies an seiner dicken Brille gelegen habe. Die Ejakularche erlebte er im Alter von 13 Jahren und die Begleitfantasien bei der Masturbation hatten damals Mädchen im präpubertären Alter zum Inhalt.

Vor 5 Jahren absolvierte Patient A. eine Verhaltenstherapie wegen Sexsucht (Pornografiekonsum täglich stundenlang, überwiegend Kinderpornografie, Masturbationsfrequenz dreimal täglich). Er gibt als bevorzugtes Partneralter 5 bis 8 Jahre an. Die Mädchen dürften auf keinen Fall Schambehaarung oder Brustwachstum zeigen. In den masturbatorischen Begleitfantasien treten Vorstellungen von vaginaler und analer Penetration sowie passivem Oralverkehr auf. In seinen Fantasien seien die Mädchen zwar immer mit seinen sexuellen Wünschen einverstanden, aber er wisse, dass dies völlig unrealistisch wäre.

Im Rahmen des einjährigen Therapieprogramms (Gruppensitzungen) kam er immer mehr in die Lage, Gefährdungssituationen mitzuteilen: Wenn er auf der Straße Mädchen im von ihm präferierten Alter sehe (die zudem dunkle, lange Haare haben und schlank sind), mache er sich darüber Gedanken, wie er mit dem Kind in Kontakt kommen könne. Er sei dann eindeutig „explosiver als beim Anblick einer Frau“.

Unmittelbar vor der Entscheidung, CPA zu nehmen, habe er auf der Straße ein etwa 8 Jahre altes Mädchen gesehen und sofort den Impuls gehabt: „Mit der könnte ich mich vereinigen“. (Mitteilung in der Gruppe.)

Er nahm (zu Recht) an, dass er für Mädchen eine reale Gefahr darstelle und wünschte selbst eine weitestgehende Impulsreduktion, wobei er eine Höchstdosis CPA wegen des höheren Osteoporoserisikos einem GnRH-Analogon vorzog.

Nach der Therapieeinleitung war er über den Effekt erfreut („Druck ist weg“), aber unzufrieden mit sich selbst („Warum schaffe ich das nicht allein?“) und empfand die Medikation als Niederlage. Allerdings bekannte er weiterhin: „Ich denke, dass ich ohne das Medikament nicht in der Lage bin, mich zu kontrollieren.“ (Aussage nach einjähriger Antiandrogenbehandlung, die über die Gruppentherapie hinaus fortgesetzt wurde.)

Öffentlichkeitsarbeit im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“

Die Erfahrung des Präventionsnetzwerks zeigt, dass für eine erste Kontaktaufnahme der eigene Leidensdruck aufgrund einer bestehenden pädophilen und/oder hebephilen Neigung entscheidend ist. Aufmerksam werden Betroffene in erster Linie durch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie über das Internet.

Um die Zielgruppe zu erreichen, wird bereits seit Projektbeginn mithilfe einer Medienkampagne auf die Möglichkeit der Beratung sowie auf das therapeutische Angebot aufmerksam gemacht. In Zusammenarbeit mit der Kinderschutzorganisation „Hänsel+Gretel“ und der renommierten PR-Agentur „Scholz & Friends“ entstand 2005 die erste Medienkampagne „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“

Plakat der Medienkampagne „lieben sie kinder mehr, als ihnen lieb ist?“

Bei der Entwicklung der PR-Strategie und des Spots wurde der nach den Erfahrungen des Präventionsprojekts erwartete beachtliche Leidensdruck der Zielgruppe berücksichtigt, indem die Kampagne:

(1) Empathie und Perspektivenwechsel erkennen lässt,
(2) sich davon distanziert, jemanden aufgrund seiner sexuellen Präferenz zu diskriminieren,
(3) vor Strafe durch die Justiz bei einer möglichen Projektteilnahme entängstigt,
(4) Schweigepflicht und Anonymität in Bezug auf alle gesammelten Daten zusichert, und
(5) Schuld- und Schamgefühle durch die Vermittlung folgender Botschaft reduziert: ***„Du bist nicht schuld an Deinen sexuellen Gefühlen, aber Du bist verantwortlich für Dein sexuelles Verhalten! Es gibt Hilfe – werde kein Täter!“***

Potenzielle und reale Konsumenten von Missbrauchsabbildungen werden mit einer zweiten Medienkampagne angesprochen, die 2009 ebenfalls von „Scholz & Friends“ umgesetzt wurde. Auch im Zentrum dieser Kampagne steht ein Spot. Die Botschaft dieser Kampagne: ***„Du bist nicht schuld für deine sexuelle Ansprechbarkeit durch Kinderpornografie, aber du bist verantwortlich für dein Verhalten, also dafür, ob du klickst. Es gibt Hilfe! Kein Täter werden, auch nicht im Netz.“***

Mitte Juni 2013 ist darüber hinaus der aktuelle Fernseh- und Kinospot „Kein Täter werden“ erschienen, der für eine verursacherbezogene Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs wirbt und unter www.kein-taeter-werden.de abrufbar ist. Dieser Spot wird aktuell deutschlandweit kostenlos von zahlreichen Kinos und Fernsehsendern ausgestrahlt und wurde bei Youtube bereits vielfach angeklickt. Die Protagonisten dieses Spots sind entsprechend den Erfahrungen aus dem Präventionsnetzwerk „Leute wie Du und Ich“ – Menschen unterschiedlichen Alters und verschiedenster gesellschaftlicher Schichten. Dies soll einerseits eine humane Einstellung zu sexuellen Minoritäten – wie pädophile/hebephile Männer – fördern und darüber hinaus zur Teilnahme an dem Therapieprogramm motivieren. Auch hier lautet die Botschaft: Niemand sucht sich seine sexuelle Neigung aus, aber jeder ist verantwortlich für sein Verhalten. Moralisch zu verurteilen ist also nicht die Neigung, sondern ein Verhalten, das andere schädigt.

Neben den Spots und Plakaten der Medienkampagnen haben sich insbesondere sogenannte „AdWords“-Anzeigen, die Google kostenfrei für das Projekt schaltet und die über explizite Begriffe, sogenannte Keywords, über die eigentlich kinderpornografische Inhalte gesucht werden, direkt auf die Website des Präventionsnetzwerks führen, als hilfreich zur Ansprache der Zielgruppe erwiesen. Auch die Berichterstattung der Presse ist von großer

Motiv der Medienkampagne „Kein Täter werden. Auch nicht im Netz.“

Bedeutung, um einerseits Betroffene für eine Teilnahme am Projekt anzusprechen und darüber hinaus über das Thema aufzuklären. Zudem erhalten viele Hilfesuchende die ersten Informationen über das Projekt über Empfehlungen von Ärzten, Psychotherapeuten, Beratungsstellen und anderen Einrichtungen, teilweise auf der Grundlage von ausgelegten Flyern.

Da die Motivation zur Teilnahme auch durch Angehörige gefördert wird, macht es zudem großen Sinn, den Bekanntheitsgrad des Präventionsprojekts so weit wie möglich in der gesamten Öffentlichkeit zu steigern.

Konklusion – therapeutische Präventionsangebote werden von pädophilen und hebephilen Männern angenommen

Die bisherigen Erfahrungen des Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“ zeigen, dass therapeutische Präventionsangebote von pädophilen und hebephilen Männern wahrgenommen und in Anspruch genommen werden, die verhindern möchten, dass es erstmalig (bei potenziellen Tätern) oder erneut (bei realen Dunkelfeldtätern) zu sexuellem Kindesmissbrauch kommt. Auch für eine therapeutische Prävention der Nutzung von Missbrauchsabbildungen lassen sich pädophile und hebephile Männer motivieren.

Eine „Heilung“ im Sinne einer Löschung der auf Kinder bezogenen sexuellen Impulse ist nach bisherigem Wissensstand nicht möglich. Daher liegt die therapeutische Zielsetzung vor allem in der Bearbeitung des Maßes an Verantwortungsübernahme in kritischen Situationen. Die Erfahrungen des Präventionsnetzwerks zeigen, dass durch die Therapie missbrauchsbegünstigende Einstellungen und Verhaltensweisen – zum Teil mit medikamentöser Unterstützung – erheblich gesenkt werden können und dadurch sexuelle Übergriffe verhindert werden.

Aufgrund der anzunehmenden Stabilität der pädophilen Präferenzstruktur muss für die Betroffenen von einem lebenslangen Risiko ausgegangen werden, ein Kind sexuell zu missbrauchen und/oder Missbrauchsabbildungen zu nutzen. Aus taxonomischer Sicht lassen sich die pädophile und die hebephile Präferenzstörung als chronische Erkrankungen verstehen, die durch das Gesundheitssystem (anstelle der Justiz) im Sinne eines „Chroniker-Programms“ versorgt werden müssten.

In Parallelität zu anderen chronischen Erkrankungen muss in einem multimodalen Ansatz der Verlauf mit therapeutischen Maßnahmen zur Verhaltensveränderung sowie medikamentösen Therapieoptionen begleitet werden, um Risikofaktoren lebenslang zu minimieren und somit Manifestationen der zugrunde liegenden Erkrankung zu verhindern. Im Gegensatz zu chronischen somatischen Erkrankungen (Morbus Crohn, Neurodermitis etc.) gehen Manifestationen der Pädophilie und Hebephilie mit der Gefährdung anderer, noch dazu von Kindern, einher. Daraus resultiert die Notwendigkeit eines besonderen gesellschaftlichen Engagements zur Etablierung präventiv wirksamer therapeutischer Maßnahmen zur Verhinderung sexuellen Kindesmissbrauchs.

Dementsprechend bedarf es für pädophile/hebephile Menschen auch nach Abschluss von Therapieprogrammen niedrigschwelliger Anlaufstellen im Sinne sexualmedizinischer Ambulanzen, welche die erforderlichen Therapieoptionen einschließlich sexuell impulsdämpfender Medikamente bereithalten, um in Risikosituationen zeitnah und adäquat Hilfe leisten zu können.

Zukünftige Anstrengungen sollten in die Richtung gehen, den Präventionsansatz des Netzwerks „Kein Täter werden“ flächendeckend bundesweit anzubieten. Noch immer gibt es für viele problembewusste, Hilfe suchende pädophile Menschen keine wohnortnahen Anlaufstellen.

Kontakt

Potenzielle Projektteilnehmer können sich unter **www.kein-taeter-werden.de** informieren.

Literaturhinweise

Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Mundt, I. A.; Roll, S.; Englert, H.; Willich, S. N.; Beier, K. M. (2011): How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns (PASAP) in a community-based sample of men. Journal of Sexual Medicine; 8: 1362-1370

American Psychiatric Association (1999). Dangerous sex offenders. A task-force report. Washington, DC: APA

APA (American Psychiatric Association) (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition revised (DSM-IV-TR). Washington DC: APA-Press

APA (American Psychiatric Association). DSM-5 (Internet). Washington, DC: American Psychiatric Association Available from 2011, http://www.dsm5.org/

Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Loewit, K. (2005): Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis. (2. Aufl.). Elsevier, Urban und Fischer. München

Beier, K. M; Schäfer, G. A.; Goecker, D; Neutze, J; Ahlers, C. J. (2007): Das Präventionsprojekt Dunkelfeld (PPD). Berliner Ärzte; 7:32–35

Beier, K. M., Ahlers, C. J.; Goecker, D.; Neutze, J.; Mundt, I. A.; Hupp, et al. (2009): Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20, 851-867

Beier, K. M.; Neutze, J.; Mundt, I. A.; Ahlers, C. J.; Goecker, D.; Konrad, A.; Schaefer, G. A. (2009): Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Program Dunkelfeld (PPD). Child Abuse & Neglect. 33, 545–549.

Beier, K. M.; Konrad, A.; Amelung, T; Scherner, G.; Neutze, J. (2010): Präventive Behandlung nicht justizbekannter Männer mit pädophiler Präferenzstörung. Das Präventionsprojekt Dunkelfeld. In: G. Hahn, M. Stiels-Glenn (Hrsg.), Ambulante Täterarbeit Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Bundschuh, C. (2001): Pädosexualität: Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen. Opladen: Leske + Budrich

Bieneck, S.; Stadler, L. & Pfeiffer, C. (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011

www.kfn.de/versions/kfn/assets/fb1semissbr2011.pdf (4. 1.20 13)

Briken, P.; Hill, A. & Berner, W. (2006): Sexualstörungen – Störungen der Sexualpräferenz, Paraphilien. In: Förstl, H.; Hautzinger, M. & Roth, G. (Hrsg.), Neurobiologie psychischer Störungen, 827-851. Springer Berlin Heidelberg

Finkelhor, D. (1994): The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect. 18(5), 409-417

Finkelhor, D.; Ormrod, R.; Turner, H.; Hamby, S. (2005): The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey. Child Maltreat. 10(1), 5-25

Häuser, W; Schmutzer, G; Brähler, E.; Glaesmer, H. (2011): Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the general German population. DeutschesÄrzteblatt; 108(17): 287–94

Marshall, W. L.; Fernandez, Y. M. (2003): Sexual preferences: Are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders? Aggression and Violent Behavior. 8(2), 131-143

Neutze, J.; Goecker, D.; Ahlers, C. J.; Schaefer, G. A. & Beier, K. M. (2008): Berliner Gruppentherapie zur Prävention sexueller Übergriffe auf Kinder – revidierte Fassung.Unpublished manuscript, Institute of Sexology and Sexual Medicine, Berlin, Germany.

Neutze, J.; Seto, M. C.; Schaefer, G. A.; Mundt, I. A.; Beier, K. M. (2010): Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. Sex Abuse; 23(2):212-242.

Schorsch, E. (1985): Sexuelle Perversionen. Mensch, Medien, Gesellschaft, 10, 253–260.

Seto, M. C.; Cantor, J. M.; Blanchard, R. (2006): Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. Journal of Abnormal Psychology. 115(3), 610-615.

Seto, M. C. (2008): Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. American Psychological Association. Washington, DC, US.

Seto, M. C. (2009): Pedophilia. Annual Review Of Clinical Psychology. 5, 391-407.

Smallbone, S.; Marshall, B.; Marshall, W. L.; Wortley, R. (2008): Preventing child sexual abuse: evidence, policy and practice. Willan Publishing. Cullompton Devon; Portland Or.

Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit – Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen (Bd. 1). NOMOS. Baden-Baden.

WHO (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

[1] Wetzels 1997

[2] Vgl. Bieneck et al., 2011

[3] Häuser et al., 2011

[4] Vgl. Seto, 2009

[5] Ahlers et al., 2011; Seto, 2008, S. 6

[6] Bundschuh, 2001; Schorsch, 1985

[7] Vgl. Seto, 2008

[8] Vgl. APA, 1999

[9] Vgl. Beier, 1995